



KIRCHNER JAKOB

ZAHNSPEZIALISTEN
MÜNCHEN

Überweisungsformular

Patient (Vor- und Nachname): _____

Überweisender Zahnarzt: _____

Vorhandene Röntgenbilder: _____

Parodontitisbehandlung erfolgt? Ja Nein

Gewünschte Behandlung

Implantation Regio: _____

Deckung Gingivarezession Regio: _____

Weichgewebsaugmentation Regio: _____

Chir. Kronenverlängerung Regio: _____

Paradontalchirurgischer Eingriff
 regenerativ resektiv Regio: _____

Weisheitszahnentfernung Regio: _____